Aus dem Anschar-Krankenhaus.

Über einen Fall
von
primärem, multiplen Vaginalkarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Facultät zu Kiel

vorgelegt von

Gustav Lange,

approb. Arzt aus Kiel.



Kiel, 1896.

Druck von A. F. Jensen.

Aus dem Anschar-Krankenhaus.

Über einen Fall
von
primärem, multiplen Vaginalkarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Facultät zu Kiel

vorgelegt von

Gustav Lange,

approb. Arzt aus Kiel.



Kiel, 1896.

Druck von A. F. Jensen.

No. 31.
Rectoratsjahr 1896/97.

Referent: Dr. **Werth.**

Zum Druck genehmigt: Dr. **Werth,**
z. Z. Dekan.

Seinem lieben Bruder

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Noch heutzutage besteht bei Deutschlands Gynäkologen die Ansicht, dass das primäre Vaginalkarcinom ein seltenes Vorkommnis sei, und wenn trotz des lebhaften Interesses für diese Erkrankung an einschlägigen Fällen bis 1876 nur 22 derartige Erkrankungen, welche bis zur Gegenwart um einige 20 vermehrt sind, nach Küstner berichtet werden, so dürfte das ein Beweis für oben erwähnte Behauptung sein. Und wenn auch derselbe Gelehrte der Meinung ist, »dass mancher primäre Vaginalkrebs in den allgemeinen Topf des gemeinen Uteruskrebses geworfen werde,« so ist dennoch die Anzahl der Primärerkrankungen der Scheide an Karcinom einschliesslich der zweifelhaften Fälle gegenüber jenen des Uterus eine ausserordentlich geringe. Doch lassen wir die Statistik sprechen:

So hatte A. Martin unter 5000 behandelten Frauen nur 4 Fälle von primärem Scheidenkrebs gesehen. Nach einer von Gurlt über die Jahre 1855—1878 aufgestellten Statistik befanden sich unter 16637 Geschwülsten der drei grossen Krankenhäuser Wiens allein beim weiblichen Geschlecht 7479 Karcinome, von welchen 4107 auf die Geschlechtsorgane, abgesehen von den Mammae, kamen. Unter diesen waren die Ovarien in 71, der Uterus in 3449, die Scheide allein in 114 und die äusseren Genitalien in 71 Fällen erkrankt. Die gleiche Verhältniszahl wie Gurlt bezüglich des primären Scheidenkrebses giebt Eppinger in seinem Sektionsbericht des Prager pathologisch-anatomischen Institutes, worin er in der Zeit vom 1. Januar 1868 bis zum 30. Juni 1871 202 Fälle von karcinomatösen Erkrankungen des weiblichen

Geschlechtes fand. Unter diesen war 79 mal primärer Uteruskrebs, während nur in 3 Fällen die Vagina primär erkrankt war.

Da hieraus zur Genüge die Seltenheit des primären Scheidenkarcinoms erhellt, so gereicht es mir zur doppelten Freude, einen neuen Fall veröffentlichen zu dürfen, dessen Überlassung ich der Güte des Herrn Privatdozenten Dr. Glävecke zu verdanken habe. Zuvor jedoch sei es mir noch gestattet, an der Hand der mir zustehenden Litteratur, in welcher ich 49 mehr oder weniger ausführlich erwähnte Fälle gefunden habe, einige zusammenfassende Bemerkungen über Prädilectionsstelle, das Alter der Betroffenen, die Art der Erkrankung, über Therapie und Prognose des primären Vaginalkarcinoms machen zu dürfen.

Für die Richtigkeit der oft ausgesprochenen Behauptung, das primäre Vaginalkarcinom habe seinen Lieblingssitz an der hinteren Scheidenwand, habe ich einen neuen, schlagenden Beweis in den von mir zusammengestellten 49 Fällen erhalten. Von diesen waren 3 ohne nähere Lokalitätsangabe genannt und 6 in einem derartig weit vorgerückten Stadium zur Beobachtung gekommen, dass bereits zwei Drittel oder der ganze Scheidenkanal mit Wucherungen ausgefüllt und somit ein Schluss auf die Anfangsstelle der Wucherungen ganz unmöglich gemacht war. Von den übrigen 40 Fällen war 7 mal das Karcinom von der vorderen Scheidenwand ausgegangen, während in den restirenden 33 die Erkrankung auf der hinteren Scheidenwand bezw. Scheidengewölbe ihren Sitz hatte. Und zwar dürfte besonders die nächste Nähe der Portio, also das obere Drittel, bevorzugt sein, während das untere, dem Introitus anliegende Drittel des Scheidenkanals der Erkrankung so gut wie garnicht ausgesetzt zu sein scheint. Zwischen beiden steht in Bezug auf Erkrankung das mittlere Drittel der hinteren Vaginalwand. Unter unseren 33 Fällen wurden 16 im Allgemeinen als Erkrankung der hinteren Scheidenwand aufgeführt, während 2 mal ausdrücklich das mittlere Drittel und 15 mal das obere Drittel resp. hintere Scheidengewölbe als Ausgangspunkt der Erkrankung bezeichnet wurde; in keinem Falle war aber im unteren Drittel eine Erkrankung vorgekommen. Dennoch ist mit Recht die hintere Scheidenwand und zwar besonders deren oberes Drittel als Lieblingsstelle des primären Scheidenkrebses angesehen worden.

Ebenso wie die Lokalität, ist auch ein Lebensalter besonders bevorzugt. Bei unsern 49 Fällen, von denen 4 ohne Altersangabe

der Patientinnen geblieben waren, habe ich folgende Verteilung dieser Erkrankung über die verschiedenen Lebensalter der Frauen gefunden:

Alter:		Anzahl der Fälle:
1—10	Jahr	3
11—20	»	—
21—30	»	4
31—40	»	16
41—50	»	9
51—60	»	12
61—70	»	1
71—80	»	—
		45 Fälle.

Hiervon entfällt die ganz entschiedene Mehrheit (d. h. 37) auf das Alter von 31—60 Jahren, und zwar derartig, dass die grösste Anzahl auf die dreissiger Jahre kommt. In 12 Fällen sind Frauen von 51—60 Jahren befallen, während nur 9 Erkrankungen bei Frauen des 5. Dezenniums aufgezählt sind Vom 61. Jahr auf- und 30. abwärts nimmt das Vorkommen des primären Scheidenkrebses rapide bis auf 1 bezw. 4 ab, um dann in den darnach folgenden Dezennien (71—80 bezw. 11—20 Jahr) garnicht mehr Erwähnung zu finden. Der Vollständigkeit und Kuriosität wegen sei noch hinzugefügt, dass als grosse Seltenheit 3 Fälle in dem 1. bis 10. Lebensjahr beobachtet sind. So sah Johannowsky bei einem 9jährigen und J. Guérsant bei einem 3½ Jahre alten Mädchen primäres Karcinom der Vagina, ja das von Smith untersuchte Individuum hatte erst ein Alter von 14 Monaten!

Zwei Formen sind es, in denen der primäre Scheidenkrebs auftritt, die umschriebene Geschwulst und die diffuse Infiltration. Erstere beginnt nach Schröder an einer Stelle und springt allmählich wechselnd halbkugelförmig in die Scheide vor. »Diese Geschwulst kommt dann zum Zerfall und kann durch starkes Wachstum zu einem pilzförmigen Umwerfen der Ränder führen.« Die zweite Form, die diffuse Infiltration, »ist sehr flach, so dass die Schleimhaut an den ergriffenen Stellen wie geschunden aussieht; später wird die Scheide in ein Rohr mit starren Wänden verwandelt, dessen Lumen sich verengt.« Der letzten Art gleich habe ich nur 2 Fälle gefunden. Bei den anderen 41 Patientinnen — bei 6 war die Form der Erkrankung überhaupt nicht angegeben —

zeigte sich die Neubildung als Geschwulst, teils im Beginn ihrer Entwicklung begriffen, teils bereits geschwürig zerfallen. Auffallend wenig findet sich das Karcinom multipel vor: denn während wir nur 9mal die Geschwulst multipel, darunter ein Mal vierfach finden, haben wir in 25 Fällen die Einzahl des Karcinoms zu verzeichnen. Bei den übrigen 7 Personen liess sich mit dem besten Willen die Frage, ob einfach oder in Mehrzahl, nicht entscheiden, da dieselben durch zu späte Konsultation eines Arztes ihrer Krankheit Zeit gegeben hatten, sich über die ganzen Scheidenwände zu verbreiten und den engen Scheidenkanal zum grössten Teil mit Wucherungen auszufüllen.

Um dieser entsetzlichen Krankheit nur einigermassen Herr zu werden, bedarf es einer sehr frühzeitigen Diagnose und eines energischen operativen Eingriffes. Dieser ist zuerst von Schröder gemacht und auch späterhin bei jeder sich ihm bietenden Gelegenheit angewandt worden. Schröder »umschneidet die Neubildung überall reichlich in der gesunden Schleimhaut. Dann beginnt er die Loslösung im gesunden Gewebe von unten her und präpariert stumpf im lockeren Bindegewebe vordringend wo möglich in einem Stück die ganze Neubildung los.« Sodann fasste er mit tiefen Nähten den Wunddefekt zusammen, um einer »Stagnation der Wundsekrete« vorzubeugen, und brachte die Ränder der Wunde mit oberflächlichen Nähten zur Vereinigung. Bei dieser Schröder'schen Operation besteht aber die Gefahr, dass man die dem Operationsmesser anheftenden kleinsten Krebspartikelchen in das gesunde Gewebe überträgt und so einen neuen Krankheitsherd schafft. Um nun dieser Überimpfung des Karcinoms vorzubeugen, schlägt von Grünewaldt die Behandlungsweise mit glühendem Platindraht und Thermokauter vor, wobei etwaige mitgerissene Krebskeime in aller Kürze durch das Glühen zum Absterben gebracht werden. Grünewaldt brachte unter dem Schutze der in der Vagina liegenden linken Hand die Platinschlinge glühend hinein, legte sie um die Geschwulst und trug dieselbe durch allmähliges Ziehen ab; eine etwa entstehende Blutung kauterisierte er und erhielt auf diese Weise in kürzester Zeit einen kräftigen Schorf. Voraussetzung jedoch für diese Behandlungsweise ist, dass die Neubildung für die glühende Schlinge erreich- und umfassbar ist. Leider hat aber in vielen Fällen die Krankheit so weite Fortschritte gemacht, dass von einer Radikaloperation ab-

gesehen und eine palliative Behandlung herangezogen werden muss. Veit beseitigte bei solchen inoperellen Fällen mit dem scharfen Löffel das kranke Gewebe bis in das gesunde und legte auf die Wundfläche Tampons von 50 % Chlorzinklösung. An Stelle der letzteren kann auch koncentrierte Phenyllösung, wie Ingerman-Amitin in der Inaugural-Dissertation über primäre Vagina- und Vulva-Krebse berichtet, oder auch nach v. Grünewaldt der Thermokauter treten. Letzterer Gynäkologe schlug auch vor, alle 3—7 Tage Salicylsäure in Form einer mit Glycerin zubereiteten Pasta oder in koncentrierter Lösung in Alkohol zu applicieren. Endlich mag noch die Anwendung von Jodoformgazetampons Erwähnung finden, welche Teuffel in eine derartig erkrankte Scheide einlegte. In ganz verzweifelten Krankheitsfällen musste man sich mit einer noch oberflächlicheren Behandlung begnügen: es wurden den Kranken Narkotika, Sitzbäder, auch Irrigationen von reinigenden und desinficirenden Lösungen gegeben, um sie für den Rest ihres trostlosen Daseins der überaus lästigen Krankheitserscheinungen nach Möglichkeit zu entheben.

Die Prognose des primären Scheidenkrebses ist leider eine sehr trübe. Da nämlich die Symptome desselben anfangs geringer Natur sind, meistens Weissfluss oder Blutabgang, Erscheinungen, die beim weiblichen Geschlecht ziemlich häufig auch ohne erstere Erkrankung bestehen und daher keine Beachtung finden, so macht das Leiden ungehemmt stetig und sicher seine Fortschritte. Und stellt sich dann die ahnungslose Frau, durch stärkere Beschwerden zum Arzt getrieben, der fachmännischen Untersuchung, so ist es in vielen Fällen schon zu spät. Aber selbst in den Fällen, wo das Leiden rechtzeitig erkannt und operirt wird, ist die Prognose eine trübe, da für gewöhnlich der Operation rasch ein Recidiv folgt. Nur in 9 Fällen, bei denen teilweise die zweite Untersuchung bereits nach kurzer Zeit erfolgte, ist kein Recidiv gefunden, und zwar:

in	2	Fällen	nach	3	Wochen	nach	der	Operation
»	3	»	»	8—10	»	»	»	»
»	1	Fall	»	5	Monaten	»	»	»
»	1	»	»	1	Jahr	»	»	»
»	1	»	»	$1\frac{1}{2}$	Jahren	»	»	»
»	1	»	»	3	»	»	»	»

Dieses an und für sich sehr ungünstige Resultat muss noch als besonders günstig gelten im Vergleich zu dem Erfolg in den übrigen Fällen. Denn bei 5 Patientinnen trat in längstens 7 Monaten (1 mal nach 5, 1 mal nach 6, 2 mal nach 8 Wochen, 1 mal nach 7 Monaten) nach der Operation ein lokales Recidiv auf. Dagegen sind nach meiner Zusammenstellung 15 Frauen kurze Zeit nach der Untersuchung (längstens 2 Jahre) durch den Tod von ihrem Leiden befreit. In 17 Fällen ist das Schicksal der Kranken unbekannt geblieben, teils weil sie gleich nach dem ersten Mal nicht wiedergekommen, teils weil sie unbehandelt oder nach kurzer Behandlung auf eignen Wunsch entlassen sind. —

Soweit unsere Betrachtungen, denen nunmehr die Mitteilung des neuen Falles unmittelbar folgen möge.

Frau K. aus St., eine 53 Jahre alte, ziemlich gesund aussehende Frau, welche zwei gesunde Kinder geboren hat, bemerkte vor ungefähr einem Jahr einen ziemlich stark riechenden Ausfluss aus der Vagina. Zu diesem gesellten sich später um Weihnachten herum mehr oder weniger heftige Blutungen, die sich um Ostern wiederholten. Seit dem Auftreten derselben klagte sie über zeitweilige Schmerzen im Unterleib, die besonders nachmittags an Stärke zunahmen. Dabei war der Stuhlgang angehalten, das Uriniren mit Schmerzen verbunden. Dies veranlasste die Patientin, im März 1895 einen Arzt zu konsultieren, welcher ihr Douchen verordnete. Da die Beschwerden nicht nachliessen, suchte Frau K. einen zweiten Arzt auf, welcher sie zur Operation nach Kiel schickte.

Die am 6. Juli 1895 vorgenommene Untersuchung hatte folgendes Resultat: Im mittleren Drittel der Vagina, mehr rechts seitlich, befindet sich ein circa wallnussgrosser Tumor, welcher überall an den Wandungen abzugrenzen ist und scheinbar nicht weit in das Gewebe hineingeht. Die bröcklige Oberfläche desselben ist zum grössten Teil in Zerfall begriffen und fängt bei leichtem Bestreichen mit dem Finger sofort an zu bluten, wobei sich kleine Stückchen loslösen. Nach links seitlich, an der hinteren Scheidenwand, schliesst sich an den ersten Tumor ein zweiter kleiner von ungefähr markstückgrosser Basis und gleicher Beschaffenheit an. Zwischen diesen beiden steht ein 0,6 cm breites Stück gesunder Vagina. Beide Tumoren sind pilzförmig in das Lumen der Vagina hineingewuchert und nehmen nach oben hin an Breite und Masse

zu, so dass sie sich in der Mitte berühren und den Eindruck einer einzigen zusammenhängenden Geschwulst machen. Etwa in der Mitte, ungefähr 2 cm (gegen 1,2 cm am gehärteten Präparat) weiter nach dem Scheideneingang zu zeigt sich ein circa erbsengrosses Geschwür mit zackigen Rändern, von dem die gleichen Geschwulstmassen abgestossen zu sein scheinen. Die spätere Untersuchung mit dem Mikroskop hat ergeben, dass das letzte Geschwür nicht karcinomatös war. Im Übrigen ist die Vagina intakt, jedoch schon ziemlich senil geschrumpft, so dass die Tumormassen sich schwer im Spiegel einstellen lassen. Ebenso ist der Uterus klein und atrophisch, in normaler Lage befindlich, die Portia vollkommen unversehrt; die Inguinaldrüsen sind nicht ergriffen.

Nachdem nun die Patientin am 7. Juli im Anschar-Krankenhaus durch Baden, Abführmittel und 2 mal täglich verabreichte Lysoldouchen auf die Operation vorbereitet ist, werden am 8. Juli die nekrotisierenden Massen sämtlich entfernt, indem die Wucherungen mit der stumpfen Curette abgeschabt werden, so dass an beiden Stellen nur ein niedriges Hochplateau von Gewebe stehen bleibt. Die sich aus den curettierten Stellen ergiessende ziemlich starke Blutung wird durch heisse Douchen zum Stillstand gebracht. — (9. Juli). Nachdem nun die Frau in tiefe Narkose gebracht ist, werden die Geschwulstmassen durch Spiegel, zwei Seitenhebel und einen stumpfen Seitenhebel für die vordere Scheidenwand eingestellt und im Gesunden umschnitten. Der Schnitt liegt abgesehen nach links hinten (1/2 cm) überall mindestens 1 cm weit von dem Tumor entfernt, während er nach vorn 2—3 cm weit vom Tumor ab liegt, so dass das kleine erbsengrosse Geschwür noch 1/2 cm innerhalb des Schnittes liegt und auf diese Weise mit herausgenommen wird. Dagegen treffen sich die Schnitte an den Seiten spitz zusammenlaufend 1 1/2 cm weit von der Geschwulst. Übrigens wird die Scheidenschleimhaut in ihrer ganzen Dicke durchtrennt. Sodann wird dieselbe vom medianen Zipfel der umschnittenen Partie her stumpf abgelöst bis zum rechtssitzenden grossen Tumor, der in seiner ganzen Ausdehnung mit der Schleimhaut verwachsen ist. An dieser Stelle wird die darunter liegende Muscularis mitgenommen, d. h. auch stumpf abgelöst und nur einzelne Gewebszüge müssen mit der Schere durchtrennt werden. Während des Ablösens besteht abgesehen von einem im Grunde

an der rechten seitlichen Scheidenwand stark spritzendem Gefäss, welches unterbunden wird, eine starke profuse Blutung. Bei der Besichtigung der Vagina nach der Operation finden wir einen circa 5—6 cm langen und 3—4 cm breiten Schleimhautdefekt, der sich von rechts oben seitlich nach links zum Seitenrande der Vagina erstreckt. Der vordere Rand dieser Wunde wird mit dem hinteren durch fortlaufende Catgutnaht vereinigt, und zwar wird von beiden Ecken begonnen, so dass die beiden Nähte in der Mitte sich treffen. Dieselben umgreifen die ganze Tiefe der Wunde bis dicht an die Rektalschleimhaut heran, wie sich durch Palpation im Rectum nachweisen lässt. Die Richtung der Nathlinie entspricht ganz der der Wunde und ihre Länge beträgt 9—10 cm. An dem fertiggestellten, gehärteten Präparat haben wir folgende Verhältnisse: das ganze Stück der entfernten Scheidenschleimhaut hat eine Länge von 7 cm und Breite von 3,75 cm. Die Basis des grossen Tumor ist 2,5 cm lang und 2 cm breit, während bei der kleinen Geschwulst Länge und Breite sich wie 1,5 : 1 cm verhalten. Schnitte durch den grossen Tumor lassen ein pilzförmig gewuchertes, auf Karcinom sehr verdächtiges Gewebe erkennen. Das überall intakte Gewebe der Ränder des Tumor beweist, dass derselbe im Gesunden exstirpiert ist, jedoch sind in dem anscheinend gesunden Gewebe überall kleinzellige Infiltrate unter der Schleimhaut, wie überhaupt diese sich in einem chronisch entzündeten Zustand befindet. — Die mikroskopische Untersuchung des Tumor ergiebt, dass derselbe von normaler Vaginalschleimhaut umgeben ist, die den Tumor aber nicht überzieht. Letzterer besteht in der Hauptsache aus einer Bindegewebswucherung mit sehr zahlreichen Capillaren. In diese Wucherung sind unregelmässige, sich stark färbende Zellenmassen von anscheinend epithelialem Charakter in scheinbar präformierten Spalten liegend eingesprengt. An einer Stelle finden sich mitten im Bindegewebe Zellnester von deutlich epithelialem Charakter und alveolärer Struktur, die aber nur bis zur unteren Grenze der Mucosa gehen, die Submucosa aber frei lassen. Diese letztere Stelle namentlich ergiebt ein auf Karcinom höchst verdächtiges Bild.

Der Krankheitsverlauf und die Besserung des Allgemeinbefindens ist im Ganzen durchaus befriedigend: an dem Tage der Operation hat die Patientin allerdings noch ziemlich starke Schmerzen, welche von mehrmaligem Erbrechen begleitet sind;

jedoch hören dieselben am nächsten Tage (10. Juli) fast ganz auf. Der Urin wird spontan entleert, Puls und Temperatur sind normal, nur etwas blutig seröser Ausfluss ist vorhanden. Da Temperatur und Puls andauernd gut sind und die Schmerzen ausbleiben (11. Juli), wird zwei Tage später (13. Juli) die Gaze herausgenommen. Durch Ricinusöl wird ein dünner, guter Stuhlgang erzielt. Bei andauernd befriedigendem Allgemeinbefinden bekommt die Frau K. volle Diät (14.—16. Juli), was keine Entleerungsstörungen bei ihr hervorruft. Immer noch aber ist ein reichliches, dünn flüssiges Sekret aus der Scheide vorhanden, das anfangs etwas blutig gefärbt war. Bei der deshalb mit dem Finger angestellten Untersuchung fühlt man überall glatte Schleimhaut und die anscheinend gut verheilte Naht, von der nur die Oberfläche etwas erhaben verbreitert und rauh ist. Am 19. Juli, also am 10. Tage nach der Operation steigt nachmittags plötzlich ohne nachweisbaren Grund die Temperatur auf 38,8 °. Tags darauf wird eine gründliche Revision auf dem Tisch mit günstigem Resultat vorgenommen: im ganzen Verlauf der Nahtlinie der sonst gut verheilten Wunde befindet sich ein Streifen grauweissen, gangränösen Gewebes. Von gleichem Aussehen ist am Scheideneingang eine kleine Risswunde, die von dem scharfen Rande des Seitenhebels herrührt. Die Temperatur ist zwar erhöht, aber nicht fiebrig. Im Verlauf der nächsten 5 Tage zeigt sich die Temperatur abends immer noch etwas erhöht bei stets normaler Körperwärme am Morgen. Der Ausfluss aus der Vagina lässt immer mehr unter täglichen Sublimatdouchen nach; die Reinigung der Wunde vollzieht sich durch Abstossen ganzer Fetzen gangränösen Gewebes. Nur die Mitte der Wunde zeigt noch eitrigen Belag, während die beiden seitlichen Enden kräftig granulieren. Am 30. Juli darf die Patientin, da nur noch in der Mitte der früheren Wunde eine schmale, gut granulierende Fläche existiert, an den seitlichen Enden sonst alles vernarbt ist und die Temperatur beständig normal bleibt, das Bett verlassen und wird, da sie ohne Beschwerden umhergeht, die Narbe nur noch einzelne kleine granulierende Stellen, aber keine Sekretion aufweist, mit der Aufforderung entlassen, sich nach einigen Wochen wieder vorzustellen.

Dieser Bitte ward von der Patientin entsprochen, indem sie am 19. August wieder erscheint mit Klagen über geringen bräunlichen Ausfluss und geringe Schmerzen im Rücken. Das Allgemeinbefinden

ist sonst ungestört, Appetit und Stuhlgang gut. Die frühere Wunde ist tadellos vernarbt, von einem Recidiv keine Spur. Nur in der rechten Ecke befindet sich noch eine ganz kleine geschwürige Stelle mit wenig eitrigem bräunlichem Sekret. Nach Verordnung von Chlorzinkdouchen wird Frau K. wieder entlassen. — Am 16. Oktober erscheint die Patientin abermals: trotz der Douchen habe sie immer Ausfluss gehabt, der seit 14 Tagen rötlich wäre; manchmal seien Schmerzen im Unterleib aufgetreten, über Mangel an Appetit habe sie nicht zu klagen. Bei der Untersuchung findet sich in der rechten oberen Ecke ein Recidiv von circa 50 Pfennigstück-Grösse. Auf Anraten lässt Frau K. sich am 20. Oktober von neuem in das Anschar-Krankenhaus aufnehmen und wird nochmals gründlich untersucht: Aus der Vagina entleert sich wässrig blutiger Ausfluss von üblem Geruch. Bei der inneren Besichtigung zeigt sich eine circa markstückgrosse, karcinomatöse Stelle an der vorderen Scheidenwand auf der rechten Seite nahe der Urethra nicht ganz bis zur Mittellinie, aber vollkommen bis zur Umschlagsfalte der vorderen und seitlichen Scheidenwand reichend. Das Stück beginnt gerade an dem rechten seitlichen Ende der Naht von der ersten Exstirpationsstelle. Das Recidiv ist leicht oberflächlich excoriiert, von rauher bröckliger Oberfläche, blutet leicht bei jeder Berührung und scheint nicht weit in die Tiefe zu gehen. Ausserdem sitzt auf der Narbe in der Mitte der früheren karcinomatösen Stelle ein noch nicht erbsengrosses Knötchen derben Gewebes unter der Epitheldecke der Schleimhaut. Der ganze übrige Teil der Vagina, die Portio und der Uterus sind auch dieses Mal wieder intakt.

Nachdem während der nächsten Tage die Patientin durch Bäder, Laxantien und Lysoldouchen vorbereitet ist, wird am 23. Oktober zur Operation geschritten: Als Einleitung wird die karcinomatöse Wucherung oberflächlich mit dem Thermokauter abgesengt mit nachfolgender, gründlicher Desinfektion der Scheide. Zunächst wird das erbsengrosse Knötchen auf der alten Narbe, dessen Gewebe übrigens bei der mikroskopischen Untersuchung keine karcinomatöse Beschaffenheit zeigte, in 1 cm Ausdehnung umschnitten und, da es sich nicht stumpf lösen lässt, mit der Schere von der Unterlage abgetrennt; die hierdurch entstehende Wunde wird durch 5 querstehende Catgutknopfnähte geschlossen. Nachdem sodann das vorn sitzende Karcinom eingestellt ist, wird

dasselbe rings in 1 cm Entfernung vom Seitenrande umschnitten, wobei die Urethra durch einen eingeführten Katheter geschützt wird, und stumpf von der Unterlage vom mittleren Seitenrande nach der rechten Seite hin abgelöst. Nach vollständiger Entfernung entsteht eine ungefähr thalergrosse, ovale, ihre längste Richtung von vorne nach hinten nehmende, ziemlich tief greifende Wunde, aus der es stark parenchymatös blutet. Nachdem noch einzelne kleine verdächtig aussehende Gewebspartikelchen mit der Schere abgetragen sind, wird die Wunde in länglicher Richtung von vorn nach hinten durch tief gehende, alles umgreifende Catgutknopfnähte vereinigt, zwischen denen wieder einige oberflächliche Nähte liegen. Mit Ausspülung der Vagina beträgt die Operationsdauer 1 ½ Stunden.— Das ganze herausgeschnittene Stück hat eine Länge von 3½ cm, eine Breite von 2 cm und eine Dicke von 1 cm; ausserdem ist es von elliptischer Form. Auf der Oberfläche dieses Stückes sitzt eine 2¾ cm lange und ¾ cm breite Unebenheit, welche sich scheinbar nur eben in das Gewebe hineinerstreckt. Die Ränder des excidierten Stückes sind intakt, ein Zeichen dafür, dass im Gesunden operiert ist. Der Tumor ist wieder von normaler Schleimhaut umgeben, die ihn aber nicht überzieht. Er besteht fast ganz aus Epithelzellennestern, die durch ziemlich starke Bindegewebsbalken getrennt sind. Diese Epithelwucherung zeigt deutlich die Neigung, in die Tiefe vorzudringen, und hat auch die Submucosa mitergriffen. An der Oberfläche findet sich der mehr warzenähnliche Bau, den der erste Tumor hauptsächlich zeigte. An dieser zweiten Geschwulst haben wir also durchaus das mikroskopische Bild eines Karcinoms. — Abgesehen von dem Operationstage selbst, wo ziemlich heftige Schmerzen, verbunden mit zweimaligem Erbrechen, bestanden und die Patientin nur nach Verabreichung von Morphium sich eines guten Schlafes erfreute, brachte jeder Tag eine Besserung in dem Allgemeinbefinden wie in den örtlichen Beschwerden. Schon am 24. Oktober lassen die Schmerzen nach, der Puls ist ruhig bei einer Temperatur von 37,8°, der Ausfluss etwas blutig gefärbt. Von nun an bleibt das Allgemeinbefinden ein unverändert gutes: keine Schmerzen, guter Appetit, normale Temperatur. Nach Verabreichung von Öl erfolgt am 27. Oktober der erste Stuhlgang, welcher schon nach 5 Tagen sich als geregelt zeigt und bleibt. Bei der am 30. Oktober vorgenommenen Inspektion auf dem Tische findet sich die vordere Wunde teils gut vernarbt, teils nur

sehr wenig auseinander gewichen, aber hier mit einem gangränösen Belag überdeckt. Die Naht der hinteren Wunde ist nicht zu sehen. Die Vagina wird gründlich mit Lysol ausgespült, da in den letzten Tagen sich sehr viel jauchiges Sekret entleerte. Diese Ausspülungen werden fortgesetzt und damit auch eine Abnahme des Ausflusses erzielt. Am 3. November abermalige Inspektion, bei der immer noch nicht riechender Ausfluss gefunden wird und die primäre tadellose Verheilung der hinteren Wunde konstatiert werden kann. Die Nähte der vorderen Wunde, welche in ihrer ganzen Ausdehnung dem Auge sichtbar ist, sind sämtlich herausgenommen; nur an drei kleinen Stellen sind die Wundränder etwas auseinander gewichen und mit gangränösem Gewebe belegt. Jedoch ist auch dieses nach 5 Tagen verschwunden, an dessen Stelle man drei kleine, ungefähr erbsengrosse, granulierende, vollkommen gereinigte Wundflächen sieht. Am 10. November ist Frau K. bereits so weit, dass sie das Bett verlassen und nach einigen Tagen sogar ohne Beschwerden umhergehen kann. Nachdem nun noch der endgültige Verschluss der hinteren und vorderen Wunde, bei letzterer bis auf eine kleine, circa erbsengrosse granulierende Stelle in der Nähe der Urethra festgestellt werden kann, wird die Patientin am 16. November mit noch etwas secernierender Wunde aus dem Krankenhause entlassen.

Bis gegen Ende März hatte Frau K. sich noch nicht wieder zur Untersuchung in Kiel gestellt. Auf ein am 28. März 1896 an sie gerichtetes Schreiben teilte sie mit, dass sie am 3. Januar 1896 von einem der beiden zuerst konsultierten Ärzte untersucht und für gesund befunden sei; sie brauche nichts zu befürchten, da bei ihr alles in bester Ordnung sei. Weil nun Frau K. in ihrem Brief vom 30. März 1896 nur über einen »nervenschwachen Arm« zu klagen hat, aber gar keine Beschwerden von Seiten des Unterleibes trotz der ausdrücklichen Anfrage angiebt, so dürfen wir wohl mit Sicherheit annehmen, dass bisher kein Recidiv eingetreten ist.

Das Interessante und Bemerkenswerte des eben erzählten Falles ist das multiple Vorkommen des Karcinoms und das Ausbleiben des Recidivs. Was nun zunächst die Multiplität betrifft, so dürfte dafür die annähernd gleiche Grösse und die Lokalität der beiden Tumoren massgebend und beweisend sein. Denn, nehmen wir an, dass die eine Geschwulst eine Tochtergeschwulst der

anderen gewesen sei, so könnten wir wohl erwarten, dass das Tochterkarcinom in seinem Wachstum und dem Zerfall seiner Oberfläche nicht soweit fortgeschritten sei wie der erste Tumor. Und auch der Sitz der beiden Geschwülste lässt gegen eine Metastase sprechen. Sässen nämlich die beiden Tumoren an zwei gegenüberliegenden Stellen der Scheide, so ist es erklärlich, dass durch die beständige Berührung der erkrankten Stelle der einen Wand mit der korrespondierenden der anderen Wand beständig ein Reiz ausgeübt und durch Übertragung von krankhaftem Gewebe auf die gesunde Seite leicht eine Metastase geschaffen werden kann. Da nun aber die beiden Karcinome nicht an zwei gegenüberliegenden Stellen, sondern nebeneinander in der Scheide sassen, eine Berührung beider Stellen also unter einander ausgeschlossen ist, so dürfen wir wohl aus diesem Grunde im Verein mit dem soeben erwähnten die Multiplität des Karcinoms annehmen. Grosses Interesse erregt auch unser Fall insofern, als bis heute noch kein Recidiv eingetreten ist. Denn selbst wenn wir den im Oktober exstirpierten Tumor als ein Recidiv ansehen, so sind doch seit jener Operation immerhin 5 Monate verstrichen, ohne dass auch nur auf Karcinom verdächtige Krankheitserscheinungen bemerkt wären. Jedoch können wir dies Freisein von einem Recidiv bis zur ersten Operation im Juli zurückführen; denn ausdrücklich wird berichtet, dass der im November herausgeschnittene Tumor »gerade am rechten seitlichen Ende der Naht von der ersten Exstirpationsstelle« begonnen habe. Hieraus gestatten wir uns den Schluss, dass an dieser Stelle bei der ersten Operation etwas Krankhaftes zurückgeblieben ist und von hier aus sich das Karcinom nur sozusagen fortgesetzt hat.

Zum Schluss spreche ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Privatdozent Dr. Glaevecke, meinen herzlichen Dank aus für die bereitwillige Überlassung dieser Arbeit, sowie für die freundliche Unterstützung bei derselben.

Litteratur.

Archiv für Gynäkologie,
Band IX, S. 279. Küstner.
» XI, S. 511. v. Grünewaldt.
Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie,
Band VI, S. 111. Bruchner.
» XXII, S. 1. A. Meyer.
» III, S. 423. Schröder.
11. III, 92. Demonstration einer Scheide mit grossem, karcinösem Geschwür. J. Veit.
Berliner klinische Wochenschrift,
1882. Nr. 43. Gaye.
Centralblatt für Gynäkologie,
1882. Nr. 16. Grammaticati.
» » » Menzel.
» » 19. Teuffel.
1892. S. 39. Schmidt.
1889. Nr. 5. Fischer.
1887. S. 606—608. Rüter.
1892. S. 316. J. Veit.
Inaugural-Dissertation, Bern, K. J. Weiss 1893.
Zur Kasuistik der primären Vaginal- und Vulvakarcinome. Ingerman-Amitin, Anna.
Eulenburgs Realencyclopädie 1890. von Preuscher.
Monatsschrift für Geburtskunde, XVII, S. 321. E. Martin.
Verhandlungen der Berliner geburtshülflichen Gesellschaft, IV. S. 142. C. Mayer.
Virchow-Archiv, LXIV. Freund.
Archiv für klinische Chirurgie, Berlin, 1880. XXV, S. 837. Köste.
Frauenarzt, Berlin, 1887. S. 193. Grechen.
Bericht über den Betrieb des Ludwigs-Spital Charlottenhilfe, Stuttgart (1885—1887), 1889 (Innere und gynäkologische Abteil.). 42. Teuffel.
Münchener medicinische Wochenschrift, 1889. XXXV, 89, 110. Zisold.
Inaugural-Dissertation, Hecht i. München, 1891.

Lebenslauf.

Ich, Hans Gustav Ludwig Lange, evangelischer Konfession, bin geboren am 16. Oktober 1868 zu Kiel, Kreis Kiel, Provinz Schleswig-Holstein, als Sohn des Kaufmanns H. D. Lange. Von meinem sechsten Lebensjahr ab besuchte ich das Gymnasium zu Kiel und bestand Michaelis 1889 die Reifeprüfung in Eutin. Ich besuchte die Universitäten Göttingen und München, wo ich das Tentamen physicum bestand. Meine letzten Semester verbrachte ich in Kiel, woselbst ich im S. S. 1895 das Staatsexamen und Rigorosum bestand.